

ACTとアウトリーチサービス

澤 温

臨床精神医学 第37巻 第8号 別刷

アークメディア

**特集****ACTの可能性を探る—現状と課題—****ACTとアウトリーチサービス**

澤 温

Key Words

アウトリーチサービス, 往診, 訪問診療, ACT

1 はじめに

アウトリーチとは外に出かけることであるが、従来の診療報酬の範囲では、医師の場合は、往診や訪問診療がこれに当たり、その他のコメディカルの場合は、訪問リハビリテーション指導、訪問薬剤管理指導、訪問食事栄養指導が該当する。医療の歴史の中でこのアウトリーチサービスがどのようなものであり、また日本の医療の中での位置、そして精神医療の中での位置について述べ、従来のアウトリーチサービスとACT（包括的地域生活支援プログラム）との関係について比較考察したい。

2 アウトリーチサービスの起源

病院の歴史をみると、ヨーロッパの病院はふつう、中世のキリスト教の影響が特に強かった時代に貧困階層のうち、種々の事情で特に生活の窮迫をきたした人々をキリスト教の博愛の精神によって収容、救護を行う施設を起源とすると理解されている。そして富裕者や教会

が積極的に多彩な博愛事業を行い、それらの中には貧困病者を収容し救護を行ったものもあり、このような形態が病院の起源といえる。そして中世初期から、これらの施設の多くはホスピタル hospital, あるいは施療院 hospis と呼ばれるようになった。

一方医師は11世紀に入って、南イタリアのサレルノに医学校が開かれ、この学校から、聖職者とは別の専門の医者が生み出されるようになったことはよく知られている。ここでもわかるように病院と医師は同時に発生したものでなく、必要に応じて医師は病院を訪れたのであるから医師の医療へのかかわりは原点がアウトリーチであったともいえる。

3 日本の医療の中でのアウトリーチ

日本では江戸時代に療養所があり患者が訪れることもあったが、要請に応じて気楽に往診に行ったことは赤ひげなど時代劇をみるまでもなく明らかである。しかしアウトリーチ、「通い治療」が非効率的なものととられていたようである。

近年では佐久総合病院が往診活動を盛んに
行い成功しているものとして挙げられてい
る^{11,12)}。敗戦直前に若月が教授の勧めで「新し
い日本の再建のために、1945年3月東京から就
職し敗戦を迎え、農民はものも意欲もなくした
中、手遅れの患者が運ばれてくるのもみて「農
村演劇」を通じて啓発し、1945年12月から出張
診療活動を始めたことが始まりとされている。
その後1988年に在宅ケア実行委員会が組織さ
れ登録制の下、登録された患者に対する訪問診
療が始まった。1992年に訪問看護を開始、さら
に1996年に地域ケア科が発足し、当初5人の医
師、31人の患者で始まった活動は大きく発展し、
構成は医師は内科を始め麻酔科、精神神経科、
神経内科、皮膚科、眼科、形成外科、歯科口腔
外科の各科医師を始め、地域ケア科における研
修をし、上級医に許可された初期臨床研修医、
それに近隣の一部開業医を交えた多様な人材か
ら構成されている。この他にも医療相談室の
CSW、栄養士、薬剤師などが介護保険を中心と
した各種サービスの調整、栄養指導、服薬指導
を行い、各ステーションには理学療法士、作業
療法士が配置され訪問リハビリなどに関与して
いるといわれている。24時間365日いつでも登
録患者の急変に対応しているが、これは当該病
院の医療活動の原点の思想でもある。この病院
の原点は、医療サービスはどのようにしたらす
べての人がいつでもどこでも利用できるかとい
うことにフォーカスを当てているにつけるとい
えよう。そして、なかなか疾患を理解しない人、
病院にはいきたくないという人へ農村演劇を通
じて啓発し、病院にこられない、あるいは手遅
れになってくる人へは医療へのアクセスを待た
ず、医療がアクセスするということで、貧しさ
であれ、周囲へのはばかりであれ、忙しさであ
れ、疾患への無理解であれ医療にアクセスして
こない人にとっては医療がアクセスするしか
ないという考えである。これは病識のない精神障
害者へのアプローチと同じである。そして理解
が十分でなければ、農村演劇でなくとも啓発が

必要であり、精神科領域でもサイコエデュケー
ションの必要性も再発防止のために必要といわ
れている。

しかしこの病院の精神科医療においては、
1956年格子なき病棟を建て、それが当時の陰惨
な精神医療へ投じた精一杯の光で、その後も他
の領域の大きなシステム化、発展と比べると精
神科医療では在宅医療への大きな歩みはみられ
ていない。

4 精神医療の中でのアウトリーチサービス

1. 精神科でアウトリーチサービスの持つ意 味

受療者が医療を必要とする時、その契約を患
者自身とするのが当然である。しかし病の特性
で病であると本人が認めず、いわゆる病識がな
いという状態では自ら受診することはない。ま
た家族などの周囲のものが受診を勧めてもむし
ろ態度を硬化させ時には興奮させる事もある。
このような時、周囲のものが医療に乗せたいと
医療機関や保健所にいった場合どのような
であろうか？医療機関の場合、昔は出迎え入院
として往診に行った。ただし入院を目的である
から患者からみたら、「拉致」同然であった。そ
れは精神病院ラッシュの後、病床の「有効利用」
のためか、「患者狩り」と評されるような往診の
ことである。つまり入院を前提とした往診で
あった。そのため往診をしない病院がよい病院
とされる時代があり、「連れてきてもらえば診
ます」、そして「必要なら入院させます」とい
うことがまかり通るようになった。それで困っ
たのは家族であり、そのため警備会社が搬送す
るようになり、これがマスコミにのり当時の厚生
省が研究班を立ち上げ、移送条項ができたのは
周知のことである。精神科で診療所の医師で往
診している報告は聞くが、かなり重症者まで診
るというのは少なく、重くなると病院へ入院さ
せていることが多い。

いわゆる地域医療としてはまずいって、見立

てをして、できるだけ外来治療でできる可能性を模索して、どうしてもだめな場合は入院と判断し、入院を説得し、時には患者の意に反して入院させる場合もあるだろう。この場合初診であれば無理やりというのも難しく、時には精神保健福祉法34条の移送を適用する場合もあるだろう。しかし家族の相談を何度も受けていたり、あるいは本人に何度か会って説得しても難しいとき今さらリセットして34条にかけて事前調査に入るのは医療の迅速性を無視し、いたずらに人権人権といって医療を遅らせることになる。また34条は全く地域医療と関係なく、また救急医療としても役に立たない。34条で事前調査に行くと説得まではできるが、医療は行わず、結局34条の判断を待ち入院になるということから、34条に地域精神保健福祉はあっても地域医療はないと以前に述べたことがある^{3,4,9)}。そして移送の診察に行くと移送適応と判断せず、往診と訪問看護で継続医療ができて例についても報告した⁵⁾。

2. 診療報酬で利用できるアウトリーチサービス

現在の診療報酬で利用できるアウトリーチサービスとしては、医師の場合は、往診と訪問診療がある。

往診は、「患家の求めに応じて患家に赴き診療を行った場合に算定できるものであり、定期的ないし計画的に患家に赴いて診療を行った場合には算定できない」とされている。

また訪問診療(在宅患者訪問診療)は、「在宅での療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために通院による療養が困難な者に対して定期的に訪問して診療を行った場合の評価であることから、継続的な診療の必要のない者や通院が容易な者に対して容易に算定してはならない」とされている。

看護のアウトリーチサービスは訪問看護で、訪問看護ステーションからのものと、精神科訪問看護がある。奇妙なことに、訪問形態および支払い形態はそれぞれ異なっている。

訪問看護ステーションからの訪問は、保健師、看護師、准看護師に限られ、複数訪問は認められていない。請求できる訪問限度は週3回までである。それ以上の訪問は認められておらず、また複数スタッフによる訪問も認められていない。

精神科訪問看護においては、保健師、看護師、作業療法士または精神保健福祉士が訪問でき、上記スタッフの複数が訪問指導をした場合、あるいは保健師または看護師の訪問に、准看護師が同行した場合には、加算して手当されている。回数は週3回まで認められるようになったが、1986年には月2回までしか認められなかったことからすると、かなり重症な人も地域でみられるようになった。そして退院後3カ月以内では週5回まで認められ、また服薬中断等により急性増悪した場合で、医師が必要と認めた場合は、急性増悪した日から7日以内では毎日訪問できるようになった。

3. 退院前訪問看護

いわゆる「退院促進」のためのツールとして退院前訪問看護(精神科退院前訪問指導)がある。これは患者またはその家族等に対して、退院後の療養上の指導を行った場合に、入院期間が1カ月を超えると入院中3回(入院期間が6カ月を超えると見込まれる場合は6回)訪問できるというものである。異なる職種による複数訪問も認められ、複数の職種が共同して指導を行った場合に算定するものであり、単一の職種の複数名による訪問の場合は対象としない。

この点からみると、訪問看護ステーションよりも精神科訪問看護の方が、さまざまな場面で幅広く使うことができる。

その他のコメディカルのアウトリーチサービスには、訪問リハビリテーション指導、訪問薬剤管理指導、訪問食事栄養指導がある。このいずれもが、訪問診療と同じく「疾病、傷病のために通院することが困難な者」と限定されている。

訪問看護も、訪問リハビリテーション指導、

訪問薬剤管理指導, 訪問食事栄養指導も医師の指示の下で行われることとなっている。

4. 福祉的なアウトリーチサービス

自立支援法の下では, 福祉サービス支給量については, 申請を受けた行政がアセスメントを行い, 本人の希望と必要性を考慮し, サービス内容, 利用回数, 時間数が決定されるとしている。障害程度区分との関係については区分による支給量の上限が決まっている訳ではないが, 介護保険のように要介護度にしたがって, 自分が自由にサービス内容を決められるというより, 実際は行政が決めているのに近い。

5. 諸外国でのアウトリーチサービス

医療面でのアウトリーチサービスとしては, 移動精神科救急医療サービス(mobile psychiatric emergency services)があるが, これは医療に特化したものであり, それが医療以外との連携を必要とする時には連携するというものである。2000年移送条項が精神保健福祉法に組み入れられ, 一時これまでの往診は違法だとまで当時の厚生省がいったため, 移動精神科救急サービスの国際シンポジウムを東京で開き, アメリカで当時, 精神科救急医学会の会長であったジールバーグとフランスのシャルコー病院のカナスを招聘した。ここで明らかになったのはACTと同じように, 医療に乗りにくい人へ1990年代から医療者でチームを組んでサービスを行うというもので, ジールバーグのことばを借りると, “taking the Emergency Room (ER) to the patient,”という思想である。

医療面でのサポートのみでは, 地域で患者を支えられないとして, 1970年代に, 米国ウィスコンシン州で, 州立精神病院の病棟閉鎖に伴う病院治療の代替としてACTがスタートし, その後, 地域移行を円滑に進めるために各国で取組が行われているという。オーストラリアでは1980年代前半から, イギリスでは1980年代後半から, フィンランドでは1990年代から始まった。

この流れについて, 西尾は「初期のACTは,

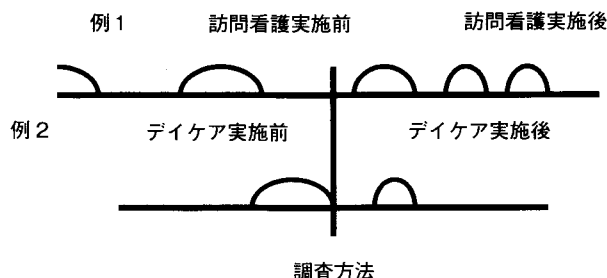
急性期入院治療の代替としての機能を重視してきました。また米国の場合, 精神病床数が極端に少ないことと入院費が高いことから, 急性期の患者を1週間程度で退院させて地域のプログラムに紹介せざるをえない事情もあります。つまり, かなり悪い状態にならなければ入院できないし, まだ鎮静の強い状態で退院となるわけですから, ACTチームは急性期の対応に力を注ぐ比率が高くなります。」と述べている²⁾。

ACTのTがtreatmentであるのはこのことから理解しやすい。しかしその後患者を地域で支えるのは医療だけでないとして, 日本語訳にあるような「地域包括支援プログラム」となったようである。つまり先進諸外国は, 脱施設化から始まって, 次々と起こってくる問題に弁証法的に解決を見いだして現在のようなACTになったのであって, 初めから生活支援ではなかったといっているのだろう。また, ACTかケアマネジメントかという議論もあるが, 障害者の障害程度に応じてそれぞれ提供されることが大切であるので, どちらがいいかという議論は不毛といえるだろう。

6. ACTとアウトリーチサービス

先進諸外国は1960年代に, 建前としてノーマライゼーション, 本音として医療費削減を目的に脱施設化をしてきた。日本では不幸なことに, 入院医療に対しては極めて低額で, したがって施設も人的配置も低レベルで患者を処遇してきた。それでも1974年にはデイケアに診療報酬が認められ, 1986年に月2回ではあるが訪問看護にも診療報酬が認められた。往診はそれ以前からもあり, パーツとしてはアウトリーチのメニューはあったといつてよい。しかしそれぞれが独立していたといえる。

筆者の嫌いなことばであるが, 「病床削減」「退院促進」「地域移行」が叫ばれる現在, これまゝ徐々に整備され, しかし独立していたアウトリーチのパーツは一つのセットとして機能させることで大きな力を発揮すると考える。これは医療的アウトリーチであれ, 福祉的アウトリー



デイケアか訪問看護を実施する前に入院のあった患者について、退院後デイケアか訪問看護を実施した期間（2カ月以内の空白は連続とみなした）と同じ期間を実施前に遡って、実施前後の入院期間合計、入院回数、1回当りの入院期間を数え、各人の入院期間合計、入院回数あるいは1回当りの入院期間について実施前の値に対する実施後の値を比で出し平均値と標準誤差を求めた（但し実施後入院の無かった患者については1回当りの入院期間を0日とした）。

結 果

	件 数	入院日数計	入院回数	入院日数／回
デイケア	128	$0.67 \pm 0.19^*$	$0.55 \pm 0.08^{**}$	$0.48 \pm 0.13^{**}$
訪問看護	113	$0.17 \pm 0.06^{**}$	$0.32 \pm 0.06^{**}$	$0.14 \pm 0.04^{**}$

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Mean $\pm$ SEM

図1 訪問看護とデイケアの社会復帰への効果

チであれ同じである。そして障害ある人に、その時その時のニーズにしたがってパーツを組み合わせて提供すること、そしてその効果をPlan-Do-Check-Actというマネジメントサイクルを通じて評価し進めていく、これこそがケアマネジメントといえると考えられる。

現在自立支援法下では、行政にこのマネジメントをさせるといふより地域活動センターの相談支援事業で行い得るので、利用者との距離はさらに縮まって身近な所でサポートが受けられるように仕組みが作られている。

つまり日本ではそれなりのアウトリーチで障害者の疾患も、生活も支えるパーツがあり、さらにそれをマネジメントする機能までもパーツとしてはあったのである。それをどのように使いこなすか、使っていく中でACTが地域医療から生活支援へと広がっていったと同様の弁証法的発展があつて然りと考えられる。

5 さいごに

これまで述べてきたように、従来の診療報酬メニューでも十分な地域フォローができるのであるから、そのようなレッスン1をまずすることが大切であるとこれまでも述べてきた¹⁰⁾。問題になっている72,000人の退院、約70,000床の減床はもちろん、病床を半減することも、往診や訪問看護により可能と考える。特に訪問看護は施行前後で比べると、入院日数は全体では17%に、1回当たりの入院日数では14%に減少し、入院回数も32%に減少すると以前に報告した(図1)⁶⁾。特にその入院阻止力の強さは目を見張る。またこれらの既存のメニューの利用で、1990年から2000年の間で、外来利用者数の増加に対して計算すると、相対的には46%までベッドを減少させることができて⁸⁾いる。

このような結果を得るには、常に現場主義で、利用者の希望に耳を傾け、ニーズを把握し、必

要なサービスを用意し、利用者の状況とサービスの利用といった現場にマッチした考えを推し進めることが大切であろう。残念ながら、机上で作られた自立支援法にその解決を求めるのは難しい。

それでもこれまでACTが基準としていた、現場主義、情報の共有、生活者の視点からのアプローチ、働く者のケースロードを一定にしてバーンアウトを避ける、などは学ぶべきことは多い。また日本ではとかく、医師がヒエラルキーの頂点にいるが、諸外国では対等にことを遂行できるといった特徴もある。この点は今後最終責任を医師が取るということを法的にもはずすようにしなければ解決しないだろう。

文献

- 1) 三觜文雄：精神保健福祉法の施行に向けて。日精協誌 19: 44-48, 2000
- 2) 西尾雅明：ACT 入門—精神障害者のための包括型地域生活支援プログラム—。金剛出版、東京、2004
- 3) 澤 温：移送と移動精神科救急サービス。精神科 1: 331-335, 2002
- 4) 澤 温：精神科病院における救急医療のあり方。臨床精神医学 29: 1575-1583, 2000
- 5) 澤 温：精神科訪問看護の可能性。外来精神医療 3: 6-10, 2004
- 6) 澤 温：社会復帰メニューの利用が在院期間におよぼす効果についての統計学的検討。精神経誌 93: 1042-1052, 1991
- 7) 澤 温：相談支援事業について。日精協誌 25: 269-278, 2006
- 8) 澤 温：統合失調症患者への精神科治療とリハビリテーションの統合。精神経誌 105: 876-880, 2003
- 9) 澤 温、永田れい子、藤本理恵子：34 条（移送）の適用と運用上の問題—症例を通じて—。精神科 1: 485-488, 2003
- 10) 澤 温、澤 潔：精神科アウトリーチサービス—往診を中心に—その歴史、意味、機能—。日精協誌 23: 18-23, 2004
- 11) 清水茂文、下田 憲：地域をつむぐ医の心。あけび書房、東京、1998
- 12) 若月俊一：村で病気と戦う。岩波書店、東京、pp4-30, 1971

* * *

☒学会告知板

千里ライフサイエンスセミナー 「中枢神経と末梢臓器を結ぶエネルギー代謝調節のクロストーク」

日 時：平成 20 年 10 月 3 日（金）10:00～17:00

場 所：千里ライフサイエンスセンタービル 5F 千里ライフホール

参加費：無料

定 員：300 名

申込方法：氏名、勤務先、所属、電話および FAX 番号を明記の上、郵便、FAX または電子メールで下記宛にお申込下さい。事務局より申込の通知を送付いたします。

申込先：（財）千里ライフサイエンス振興財団セミナー（Y1）係

〒560-0082 大阪府豊中市新千里東町 1-4-2

千里ライフサイエンスセンタービル 8 階

TEL: 06-6873-2001 / FAX: 06-6873-2002

E-mail: dnp@senri-life.or.jp / URL: <http://www.senri-life.or.jp>